Lane Medical Libra

Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Greifswald.

Ein Fall von Periodischem Transitorischem Irresein.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Freitag, den 30. August 1895

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Valentin Wiercinski

aus Putzig in Westpreussen.

Opponenten:

Herr Josef Wolff, app. Arzt, Drd. med.
Herr Dr. med. Canstein.
Herr Drd. med. Hübner.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1895.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0287

Seinen teuren Eltern

in Dankbarkeit und Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Im Gegensatz zu der pathologisch anatomischen Richtung in der Psychiatrie, deren Vertreter bemüht sind, den Krankheitsbildern psychisch Erkrankter einheitliche pathologische anatomische Befunde gegenüber zu stellen, hat Arndt in seinem Lehrbuch der Psychiatrie den von vielen competenten Seiten beifällig aufgenommenen Versuch gemacht, der Lehre von den Geisteskrankheiten eine physiologische, wissenschaftliche Grundlage zu geben. In das bunte Gemisch von Thatsachen, Begriffen und Theorieen brachte Arndt ein System. Er holte das Pflüger'sche Nervenerregungs- oder Zuckungsgesetz gleichsam aus dem Verborgenen hervor, machte es zum Fundament seiner Darstellung und wies in grossen Zügen wie im einzelnen nach, wie alle Vorgänge im psychischen Leben diesem Gesetz unterstellt sind, mögen sie nun, wie die normalen, dem Reactionsgesetz des gesunden oder wie die abnormen dem, des ermüdeten, absterbenden oder erlahmenden Nerven folgen. Und gestützt auf die durch Beobachtung und Experiment gewonnene Erfahrung zeigte Arndt, dass eben alle Lebenserscheinungen der Ausdruck entsprechender Körperfunktionen sind und nach den verschiedenen Kategorien des normalen, des normal und des krankhaft gesteigerten, des verminderten, des aufgehobenen, des in

andere Bahnen gelenkten, des andersartigen, fremdartigen Geschehens vor sich gehen. Die psychische Störung, das Irresein, ist nach Arndt im Grossen und Ganzen immer ein und dasselbe und die verschiedenen Formen, in denen es sich offenbart, sind blosse Phasen in dem Verlaufe, den es als ein sich im Allgemeinen in immer gleicher Weise wiederholender Prozess nimmt.

Diese Anschauungen werden im Allgemeinen auch durch den Krankheitsverlauf unseres Falles bestätigt.

Krankengeschichte.

Herr X. X., cand. phil., evangelisch, ist geboren im Juni 1870 zu Y. Der Vater lebt, ist Hypochonder. Die recht nervöse, oftmals melancholisch gestimmte Mutter ist im Alter von 52 Jahren am Herzschlag gestorben. Die 3 Geschwister des Kranken sollen sich einer guten Gesundheit erfreuen, doch ist die ältere Schwester recht nervös. Ein Vetter des Patienten soll an Verfolgungswahn zu Grunde gegangen sein. Patient war als Kind nie ernstlich krank, aber von jeher still und in sich gekehrt. Im Alter von 8 Jahren fiel er in der Scheune mehrere Meter hoch auf die Tenne herab und blieb mehrere Stunden bewusstlos liegen, erholte sich aber nachher bald wieder und will weitere Folgen davon nicht mehr verspürt haben. Etwa 10 Jahre alt überstand Patient eine leichte Lungenentzündung. In der Schule zeigte er sich stets aufmerksam und suchte seine durchschnittliche Fassungsgabe durch grossen Fleiss zu erhöhen. Mit dem vorher erwähnten Hang zur Einsamkeit wechselten Zustände auffallender Reizbarkeit. Nach

beendetem Maturitätsexamen widmete sich der Kranke dem Studium der Philologie und war hierin sehr strebsam. Auf Alkohol zeigte er seinem reizbaren Temperament entsprechend schon bei relativ geringen Mengen eine starke Reaktion. Im Uebrigen hielt sich Patient eben derartig, dass seine Bekannten keinen Anlass fanden, ihn für anders geartet, als sich selbst zu betrachten. Im Mai 1895 nun nach vorauf gegangener starker geistiger Anstrengung, nachdem vielleicht auch Patient um sich zur Arbeit anzufeuern ein Glas Bier mehr, wie sonst getrunken hatte, mehr also, wie ihm dienlich war — ein Säufer ist er keineswegs gewesen — nachdem ihm sein Vater augenblicklich nicht einen dringend geäusserten Wunsch hatte erfüllen können und er sich deshalb in Verlegenheit befand, war der Kranke auffallend still, fing an verworren zu reden, erklärte z. B. sein Vater sei gestorben und dergl. mehr. Der Schlaf war bereits seit einigen Tagen mangelhaft, der Appetit recht gering, auch zeigte sich Patient zeitweise stark erregt. In einer Nacht nun sprang er plötzlich durch das Fenster auf die Strasse und lief nackend herum, bis er von Polizeibeamten angekleidet und nach dem Wachtlokal geschafft wurde. Hier brachte sich Patient, nachdem wegen der notwendigen nicht mitgebrachten Papiere zweimal seine Aufnahme in die hiesige Psychiatrische Klinik vorläufig abgelehnt war, in der Erregung zwei leichte Stiche in die linke Brustseite mit seinem Taschenmesser bei, worauf er in die chirurgische Klinik zum Verband geführt wurde. Dort machte der Kranke wiederholte Versuche sich aus dem Fenster heraus-

zustürzen und sich einer Sublimatflasche zu bemächtigen, um sie auszutrinken, was jedoch verhütet wurde. Am zweiten Tage, nachdem eine geringe Beruhigung eingetreten war und die Stichwunden sich nur als leichte erwiesen hatten, fand die Aufnahme des Kranken in die Psychiatrische Klinik statt. Diese konnte jetzt erfolgen, weil die notwendigen Papiere beigebracht waren. Der Umstand, dass die Nachts zweimal erbetene Aufnahme vorläufig abgelehnt wurde, könnte bei Laien leicht die Ursache einer falschen Kritik jener Aufnahmeverweigerung werden. Bekanntlich sind bestimmte gesetzliche Vorschriften zu erfüllen, bevor ein Patient in eine Irrenanstalt, und das bleibt zunächst eine psychiatrische Klinik, aufgenommen werden darf. Erfolgt ohne Erfüllung derselben die Aufnahme, so macht sich der Direktor der Anstalt einer Gesetzesverletzung schuldig, die, wie jetzt durch den Aachener Alexianerprozess auch in weitern Kreisen bekannt sein dürfte, unter Umständen eine schwere Ahndung erfahren dürfte. Patient war bei der Aufnahme unruhig und stark verworren, musste deshalb gleich isoliert werden. Der Kranke hat dunkeles Haar, mehr brunette Gesichtsfarbe, gute Muskulatur, ist 1,75 m gross und wiegt 66 kg.

Das über ihn geführte Krankenjournal besagt:

9. V. Hat Nachts gut geschlafen, stark verstimmt und benommen, redet unverständlich und zusammenhanglos vor sich hin. Klopft an die Zellenthür, erklärt er müsse sterben.

10. V. Etwas ruhiger, Appetit bessert sich, Verbandwechsel. Wunde sieht gut aus.

11. V. Ruhig aber noch immer etwas benommen.

14. V. Weiter ruhig, doch noch immer verstimmt und recht mürrisch, fragt in undeutlich articulierter brummender Weise vor sich hin, warum er hierher gekommen sei, er fühle sich doch wohl. Ist überhaupt für freundliches Zureden wenig zugänglich. Appetit, Verdauung, Schlaf sind in Ordnung.

18. V. Da Patient sich weiter ruhig verhält und vollkommen klar ist, wird er aus der Zelle nach seinem Zimmer verlegt.

19. V. Die melancholische Verstimmung ist fast ganz geschwunden, Patient geht bereits gern auf Scherze ein.

22. V. Erhält auf seine Bitte die Erlaubnis lesen zu dürfen.

24. V. Patient macht von der Erlaubnis, lesen zu zu dürfen einen übermässigen Gebrauch, fortwährend sitzt er hinter philosophischen Büchern. Wenn man ihm deshalb Vorstellungen macht, wird er unfreundlich und thut, als ob er es nicht einsehen könne, dass der Aufenthalt im Freien ihm besser bekomme. Es fällt ihm sichtlich schwer, sich unbedingt in die Hausordnung zu fügen.

28. V. Weiter vollkommen ruhig und leidlich verständig, in seinen Antworten aber immer noch mürrisch und kurz, stets hinter den Büchern hockend. Kardinalfunktionen in Ordnung.

31. V. Wird heute entlassen. Patient ist ruhig und völlig klar. Das Fügen in bestimmte Ordnung hat er wohl nie recht verstanden, ebenso die Einsicht in wohlgemeinte

Ratschläge. Nur bei grösster Schonung wird es ihm möglich sein, sich vor einem Rückfall zu bewahren.

Wiederaufnahme am 10. VI.

Mit dem Patienten ist es einige Tage zu Hause ganz gut gegangen. Doch war er auch hier nur schwer zu bewegen, von den Büchern abzulassen, die er wohl nur mehr träumend durchblätterte, als dass er sie wirklich durchstudierte. Drei Tage vor seiner nunmehrigen Erkrankung machte der sonst vollkommen ruhige, klar und verständig urteilende Patient in Begleitung eines Verwandten in dem nahe gelegenen Z. eine militärische Jubiläumsfeier mit. Nach einem Genuss von wenigen Glas Bier, die sich auch auf einige Stunden verteilten, begann Herr X. X., erschöpft durch den lauten Trubel und das rege Treiben, plötzlich irre zu reden. Was soll alle die Mimik? Was geht hier vor sich? Ich begreife nicht, was die Menschen wollen, so etwa waren seine Aeusserungen. Nur mit Gewalt konnte er wieder nach Hause gebracht werden. Hier wurde die Verworrenheit immer stärker, heftige Angstzustände traten ein. Patient machte mehrere Male den Versuch, sich das Leben zu nehmen. Die Kardinalfunktionen waren vollkommen in Unordnung. Receptio. Gewicht 66 kg. Bei der Aufnahme stark verstimmt, verworren und unverständlich vor sich hinsprechend, mit angsterfülltem Gesichtsausdruck, verlässt oft sein Lager.

11. VI. Wird gegen Abend ganz plötzlich tobsüchtig, springt aus seinem Bett heraus und geht auf den in der Nähe befindlichen Wärter los, muss deshalb isoliert werden.

In der Zelle beginnt er laut zu schreien und heftig gegen die Thür zu schlagen.

12. VI. Nach einem ziemlich ruhigen Schlaf hat die Erregung des Patienten sichtlich nachgelassen. Derselbe läuft von Angstzuständen geplagt in der Zelle umher, redet verworren vor sich hin, ist sonst aber ruhig.

15. VI. Wenig verändert.

19. VI. Patient wird klarer, die Beängstigungen sind seltener und schwächer. Kardinalfunktionen nunmehr in Ordnung. Wird nach seinem Zimmer verlegt.

20. VI. Steht zum ersten Male auf.

23. VI. Wieder vollständiges normales Verhalten, abgesehen von seinen sonstigen Eigentümlichkeiten z. B. ein gewisser Eigenwille.

24. VI. Trotzdem es dem Patienten verboten ist zu lesen, weiss er sich doch ein Buch zu verschaffen und ist ungehalten, als es ihm fortgenommen wird. Das sich Fügen fällt ihm eben sehr schwer. Sonst unverändert gutes Verhalten.

27. VI. Unverändert gut. Patient hat sich vollkommen erholt, sieht auch körperlich bereits recht wohl aus.

30. VI. Patient steht jetzt täglich auf und ist bis auf die Mittagsstunde im Zimmer und Garten. Er zeigt sich für die Beschäftigung mit seiner Person ziemlich zugänglich, kegelt, spielt Dame, kann jedoch seine Stimme nicht über ein undeutliches Brummen erheben. Gewicht 68 kg.

6. VII. Nachdem in den letzten Tagen seine Verstimmung wieder zugenommen, muss er heute Morgen gefüttert werden und will nicht aufstehen. Nachmittags

sieht er plötzlich Feuerschein vor dem Fenster, schlägt Lärm, springt aus dem Bett und schlägt zwei Scheiben aus, wobei er sich einige unbedeutende Fingerschrammen zuzieht. Wird isoliert und erhält ein Klysma.

7. VII. Steht meist in der Zelle herum, murmelt viel vor sich hin, pellt am Verband, der zum Schutz eben genannter Verletzungen angelegt ist.

8. VII. Reisst den Verband ab. Die Wunden sind übrigens geheilt, schlägt laut gegen Ofen und Zellenthür, lacht laut vor sich hin.

9. VII Stuhlgang noch nicht wieder erfolgt, Appetit mangelhaft. Patient liegt etwas mehr und ist ruhiger. Murmelt fast unverständlich die Forderung nach Entlassung vor sich hin.

11. VII. Geht noch viel umher, bleibt verworren. Folgt mit grossem Widerwillen der Aufforderung sich niederzulegen.

13. VII. Etwas ruhiger.

Patient beruhigt sich allmählig, das Befinden bessert sich, er wird wieder in sein Zimmer verlegt.

23. VII. Patient ist klar.

Das Befinden bleibt ein andauernd gutes.

6. VIII. Der bisherige Krankheitsverlauf liess die Anschauung begründet erscheinen, dass die Anfälle alle vier Wochen sich wiederholen dürften. Infolgedessen wurde in dieser Zeit ein neuer Anfall erwartet. Doch ist der erwartete Anfall ausgeblieben. Der Patient verspürte nur ein Sausen im Kopfe und Schwindelanfälle.

11. VIII. Patient ist ganz klar, frisch in der Unterhaltung. Vollkommene Einsicht in seinen Krankheitszustand.

Ätiologie.

Nach dem Krankenjournal hat der Patient im Verlaufe von drei Monaten drei eigentümliche Krankheitsanfälle erlitten, die in Zwischenräumen von circa vier Wochen aufeinander gefolgt sind. Die Anfälle sind charakterisiert im Beginn durch Niedergeschlagenheit, starke Verworrenheit und Angstzustände. Es ist Neigung zu Raptus vorhanden und nach Eintritt eines solchen erfolgt ein Zustand von melancholischer Tobsucht. In dieser Verfassung stürzt sich der Kranke beim ersten Anfall Nachts aus dem Fenster, wird aggressiv gegen den Wärter beim zweiten und macht auch die Selbstmordversuche. Auf diesem Erregungszustand erfolgt jedes Mal eine allmähliche Beruhigung, die in ihrem Endresultat zur Wiedergewinnung der geistigen Klarheit von seiten des Patienten führt.

Was ist nun der Grund der psychischen Erkrankung des Herrn XX. und weshalb tritt die Periodizität der Anfälle auf?

Wir dürfen wohl die verschiedenen zu Psychosen prädisponierenden Ursachen, wie Wechsel der Jahreszeiten, bestimmtes Alter und anderes ohne Nachteil unberücksichtigt lassen. Denn es kann nicht entschieden werden, ob z. B. klimatische Einflüsse bei unserm Patienten prädisponierend wirksam waren. Die Krankengeschichte weist uns vielmehr auf ein bestimmtes Gebiet hin, wo wir die Ursachen für das Leiden unseres Kranken zu suchen haben. Es steht

fest, dass die Nachkommen geisteskranker Eltern, im allgemeinen überhaupt Sprösslinge aus Familien, in deren Haupt- oder Nebenzweigen Geisteskrankheiten häufig sind, unter der schweren Last der verderblichen Vererbung dieser psychisch abnormen Verfassung überaus oft zu leiden haben. In solchem Falle sprechen wir von hereditärer Belastung. Wenn nun auch die Eltern unseres Kranken geistig intakt erscheinen, so ist ihr Nervensystem doch augenscheinlich nicht in der gesunden physiologischen Verfassung, welche wir von einem gesunden fordern müssen. Mit andern Worten, der Umstand, dass der Vater Hypochonder, eine Erscheinung, die Griesinger zu den aller leichtesten Formen des Irrseins zählt, die Mutter dagegen nervöser Natur ist und öfters melancholische Anwandlungen zeigte, dieser Umstand berechtigt uns zu dem Schlusse, dass unser Kranker mit einer neuropathischen oder psychopathischen Diathese erblich behaftet ist. Von dem Degenerationsprozess, den wir direkte hereditäre Belastung nennen, wie oben gesagt ist, ist diese Disposition zu Psychosen nicht der Geartung nach verschieden, sondern nur dem Grad nach. Erwägen wir noch, dass des Patienten ältere Schwester, das erste Kind der Eltern, auch an Zuständen nervöser Reizbarkeit leidet, dass ein Seitenverwandter an Paranoia zu Grunde gegangen ist, so werden wir nur in unserer Ansicht bestärkt werden, dass auf erblicher Grundlage der Schwächezustand des Nervensystems unseres Kranken entstanden ist. Und so ist es in der That. Von Beginn seiner extrauterinen Thätigkeit an, möchten wir sagen, hat das Nervensystem unseres Kranken

nicht normaler Weise funktioniert. Von je her, so heisst es im Krankenjournal, war der Knabe still und in sich gekehrt, offenbarte auch Hang zur Einsamkeit. An und für sich wäre diese Erscheinung wohl kein Material, das sich zur Begründung einer Hypothese verwenden liesse. Allein wir hören, dass mit diesem Hang zur Einsamkeit, mit der in sich gekehrten Stimmung Zustände auffallender Reizbarkeit wechselten. Der Patient selbst erklärt, dass ihm in diesen Zeiten alles zuwider war, dass die geringste Unannehmlichkeit ihn in die grösste Aufregung versetzen konnte. Und dieses äusserst labile Gleichgewicht der Gemütsverfassung giebt uns eben die Berechtigung zu dem Schluss, dass der Reizzustand des Nervensystems bei unserm Kranken von Jugend auf ein abnormer war. Das gesunde Empfinden und das gesunde Sich-Äussern sind gewiss auch mannigfachen Schwankungen unterworfen. Allein das Charakteristische dabei ist stets das Massvolle. Wenn nun auch dieses reizbare Temperament nicht direkt als Geisteskrankheit dargestellt werden darf, so können doch die ersten Anzeichen des später über Herrn X. hereinbrechenden Unheils hierin gesucht werden. Ob sich der Unfall, den Patient in seiner Jugend erlitten, sowie die erwähnte Krankheit ätiologisch für die Psychose verwerten lassen, muss unentschieden bleiben. Jedenfalls aber dürfen wir annehmen, dass die gesamte Constitution des Patienten durch die Pneumonie auch noch geschwächt ist. Sodann werden wir daran zu denken haben, dass das Nervensystem, solange der Mensch sich entwickelt, wächst, sich auch verändert, wächst und um so leichter von Schäd-

lichkeiten beeinflusst wird. Es wird nicht von der Hand zu weisen sein die Annahme, dass die stetige, energische Geistesarbeit für den Patienten von Nachteil gewesen ist, weil es sich hier um eine angeborne Schwäche des psychischen Organs handelt. Schliesslich erwählt Herr X. einen Beruf, der mehr noch, als die Vorbereitungsschule seine geistigen Kräfte in Anspruch nimmt und infolgedessen ihm gefährlich ist. Mit dem Kopf arbeitende Menschen sind mehr disponiert als Handwerker (Krafft-Ebing). Um sich zum Studium anzufeuern, geniesst der Kranke etwas Bier. Wir müssen annehmen, dass der Alkohol als starkes Antinervinum auch in unserm Falle seine Wirkung nicht versagt hat. Denn, sagt Arndt, wo ausser der vorhandenen Disposition noch Schädlichkeiten, wie Appetitlosigkeit und infolgedessen Enthaltung von Speisen; in unserm Falle kommt noch die starke geistige Arbeit hinzu, wo solche Bedingungen zusammentreffen, vermag der Alkohol schon in kleinen Dosen zu wirken und dazu in der unschuldigsten Form, in der er genossen werden kann, z. B. als ein paar Seidel Bier, wie erst vor einiger Zeit W. Sander nachgewiesen hat (Lehrbuch p. 318).

Alle angeführten Momente waren geeignet, wie wir gesehen, das in seiner gesamten Anlage schadhafte Nervensystem noch weiter zu schädigen, die Inanition, die psychopathische Diathese zu fördern. Wenn nun, sagt Arndt, die psychopathische Diathese eine gewisse Höhe erreicht hat, so ist jedweder genügend starke Reiz imstande, dieselbe in eine wirkliche Psychose überzuführen, oder wie man sich gewöhnlich ausdrückt, den Ausbruch einer

solchen zu veranlassen. Mit andern Worten, ist das psychische Organ auf diese oder jene Weise, durch Krankheit oder durch Abnutzung in seiner Ernährung bis zu einem gewissen Grade geschädigt worden, so vermag jedweder Reiz von einer gewissen Stärke in demselben auch die Reaction des tief ermüdeten oder absterbenden Nerven und damit das Bild einer Psychose hervorzurufen. (Lehrbuch p. 307.) Und dieser Reiz ist in unserm Falle gegeben in dem deprimierenden Affekt, welchen auf den Patienten die eingangs erwähnte schlechte Nachricht aus seinem Elternhaus ausgeübt hat. Bekanntlich sind es fast ausschliesslich deprimierende Affekte, die zu Irresein führen. Wie haben wir uns die Wirkung jenes Affektes zu denken? Wir können uns vorstellen, dass das shockartig wirkende psychische Moment, also hier die üble Nachricht, die vasomotorische Innervation und damit Zirkulation und die Ernährung des psychischen Organs stört (Krafft-Ebing). In dem stark hyperästhetischen Patienten, bei dem ja leicht Unlustgefühle auftreten, wird durch jenen Affekt ein psychischer Schmerz hervorgerufen, der gewissermassen andauernd wird und nur Schwankungen zwischen Anschwellungen und Abschwellungen desselben greifen noch Platz. Solch einen Schmerz nennt man Melancholie. Da in unseren Bewusstsein zur Zeit immer nur eine Vorstellung vorhanden, und je lebhafter sie ist, um so schwerer auch nur von einer andern verdrängt werden kann, so ergiebt sich, dass da, wo die auftauchenden Vorstellungen gleich so lebhaft sind, dass sie Unlustgefühle, wo nicht gar Schmerzen darstellen, auch nicht leicht andere

Vorstellungen sie verdrängen werden. Die melancholischen Vorstellungen werden Dauer haben und eine gewisse Herrschaft über das Individuum ausüben. (Arndt, Lehrbuch p. 107). In der That trifft all dieses bei unserm Kranken zu. Er ist still und in sich gekehrt und seine verworrenen Äusserungen beziehen sich auf seine misslichen Verhältnisse, z. B. sein Vater sei gestorben. Wir können daraus schliessen, dass nur hierauf bezügliche Vorstellungen sein Bewusstsein beherrschen. Infolge dessen erscheint er auch gleichgültig gegen seine Umgebung. Auf Grund der psychischen Hyperästhesie ist, wie wir gesehen, die Melancholie entstanden. Es ist das, sagt Arndt, eine Steigerung der Gefühle, welche dem melancholischen Temperament zu Grunde liegen und ganz dieselben Ursachen, wie diese haben, nämlich eine Hemmung, welche der jeweilige Reiz, oder der ihm zu Grunde liegende chemisch-physikalische Prozess bei seinem Übertritt aus dem psychischen Organ in die motorische d. i. die centrifugale Sphäre überhaupt, erfährt (Lehrb. 145). Wir können darum auch die Melancholie recht wohl als den Ausdruck der Anhäufung von Spannkräften im psychischen Organe bezeichnen, und die verschiedenen Formen unter denen sie auftritt, auf die Art und Weise, wie diese nach Ausgleichung streben, zurückführen. (Lehrb. p. 147). Diese Anhäufung von Spannkräften erklärt die Neigung zu Raptus. Erfolgt nun die jähe Umwandlung derselben durch eine auslössende Kraft in lebendige Kraft, so entstehen die explosiven Handlungen der Melancholiker. Es sind keine aussergewöhnlichen Handlungen, aber die Art und Weise wie

sie vollzogen werden, lassen sie eigenartig, fremdartig erscheinen. Auf diese Weise müssen wir uns die verschiedenen Selbstmordversuche des Kranken entstanden denken, ebenso seinen Sturz aus dem Fenster in der Nacht Anfangs Mai, sowie den Angriff auf den Wärter. Jeder Melancholiker besitzt, wie oben gezeigt, ein gesteigertes Selbstgefühl. Da er es aber nicht zu bethätigen vermag, so entsteht zunächst das dunkele Gefühl nichts zu vermögen, nichts zu taugen. Dieses aber ist begleitet von dem ebenso starken Gefühl eigentlich doch anders, das gerade Gegenteil zu sein. Und hieraus entspringt jenes eigentümliche Gefühl von Unruhe, das häufig zu Furcht und Angstzuständen führt. Wie haben wir uns diese Steigerung in ihrem Entstehen zu denken? In den höhern Graden der Melancholie nimmt die Psychische Unruhe zu. Der N. vagus, der als Pneumogastricus Respiration, Zirkulation, die Bewegung des Magens und des obern Dünndarms beeinflusst, ist vor andern Nerven durch seine grosse Erregbarkeit auch unter pathologischen Verhältnissen ausgezeichnet. So wird durch ihn vorzugsweise die Entladung der im psychischen Organe aufgespeicherten Kräfte erfolgen. (Arndt, Lehrb. p. 146.) Es entstehen Brustbeklemmungen, am Herzen Angst, in den Präcordien Furcht. Die melancholiche Unruhe geht damit in die melancholische Angst und Furcht über. So sind uns denn seine heftigen Angstzustände verständlich, welche der Patient nach seinem zweiten Anfall erlitt. Der dritte Anfall des Kranken im Juli wurde durch eine Gesichtshallucination eingeleitet. Der Kranke sieht plötzlich Feuerschein am Fenster, springt aus dem Bette und schlägt Lärm. Unter

Hallucinationen versteht man subjektive Empfindungen, welche nicht durch äussere Reize veranlasst, doch die Stärke und das Wesen von Wahrnehmungen annehmen. In unserm Falle werden wir die genannte Erscheinung durch die Hyperästhesie der Retina erklären und von den verschiedenen Hypothesen über die Hallucinationen absehen.

Der Versuch, die Periodizität der Anfälle ätiologisch klarzustellen ist überaus schwierig. Wir besitzen hierüber nur blosse Vermutungen. Z. B. hat Neftel in einem von ihm beobachteten Fall periodisch wiederkehrender Melancholie einen Zustand von vasomotorischem Gefässkrampf gewisser Hirnrindenbezirke und dadurch entstandene Anämie als Ursache der Melancholie angesehen. Galvanisation des Halssympathicus war erfolgreich. (Krafft-Ebing p. 447.) Meynert fasst das circuläre Irresein als eine, bald vasospastische, bald vasoparalytische Innervationsstörungen bietende vasomotorische Hirnneurose auf. (Kraft-Ebing 447). Doch sind das Ansichten, die der Bestätigung bedürfen. Ob wir hier in unserm Falle vielleicht an analoge Vorgänge, wie beim menstruellen Irresein denken dürfen; kann auch nicht entschieden werden.

Wenn wir uns die Thatsache vergegenwärtigen, dass der Patient in seiner Jugend bereits an einem periodischen Wechsel von deprimierter Stimmung und Zuständen äusserster Reizbarkeit gelitten hat, so können wir vielleicht annehmen, dass die verschiedenen Anfälle gewissermassen eine Steigerung dieses pathologischen Stimmungswechsels sind, die der fortgeschrittenen Ermüdung des Nervensystems entsprechen und mit der allmählichen Erholung

desselben, geringer werden oder auch ausbleiben. Dafür scheint der Umstand zu sprechen, dass der am 6. August zu erwartende Anfall ausgeblieben ist, oder sich nur in geringen Schwindelanfällen dokumentiert hat. Nun haben anamnestische Nachforschungen ergeben, dass Herr X. bereits seit früher Jugend an solchen Schwindelanfällen leidet. Es ist nahe liegend, dass wir an epileptoide Zustände denken werden. Zwischen Gesundheit und Krankheit darf keine scharfe Grenze gezogen werden. Denn die eine geht in die andere, in leichten Abstufungen über. Die Epilepsie fällt in ihren Anfängen durchaus noch in die Breite des gesunden Lebens. Dahin gehören die zeitweise eintretenden kurzen und leichten Schwindelanfälle, die ab und zu kommenden Ohnmachtsgefühle und Angstempfindungen. Solche Zustände, die sich durch mehr oder weniger deutliche anfallsweise auftretende Trübungen des Bewusstseins charakterisieren, bilden die eigentlichen epileptoiden Zustände, im Gegensatz zu den hysterischen und hysteroiden, bei denen das Bewusstsein klar bleibt. Wir werden unsere Ansicht über die Ursache der Periodizität der Krankheitsanfälle also folgendermassen präzisieren. Herr X. hat, als er vor dem Forum der öffentlichen Meinung noch als geistesgesunder Mensch galt, bereits an epileptoiden Zuständen gelitten, die sich durch Schwindelanfälle und einen eigenartigen Stimmungswechsel bekundeten. Als Ursache ist die ererbte psychopathische Diathese zu betrachten. Die 3 Anfälle, die Patient im Verlauf seiner manifesten psychischen Erkrankung erlitt, sind wahrscheinlich nichts anderes, als, entsprechend der

Reaction des ermüdeten, abgenutzen Nervensystems, verstärkt auftretende epileptoide Zustände, die nach dem Grundzug des melancholischen Temperamentes des Kranken, die Erscheinungen einer Melancholie darbieten.

Therapie.

Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass eine Psychose nichts anderes ist, als der Ausdruck eines in seiner Ernährung beeinträchtigten und selbst tiefgeschädigten Nervensystems, so ist es leicht begreiflich, dass die erste Aufgabe der Therapie darin besteht, dem erkrankten psychischen Organ Ruhe zu verschaffen. Alle Reize, welche das leicht erregbare Organ treffen können sind zu vermeiden. Ebenso eingreifende Kurverfahren, vor allem dagegen ist für die zweckmässige Ernährung Sorge zu tragen. Allen Anfällen des Kranken gehen Störungen der Ernährung voraus, sie dauern an während der melancholischen Verstimmung. Und allmählich wird Appetit und Verdauung ziemlich normal. Und gerade aus dieser Besserung der allgemeinen Ernährungsverhältnisse resultiert auch die Besserung im psychischen Verhalten und nicht umgekehrt! Das Körpergewicht des Kranken nahm während der Anfälle stetig ab. Während z. B. Patient am 29. VI. 68 kg wog, ergaben sich am 6. VII. 66 kg und am 13. VII. 64,5 kg, nun erfolgt ein Aufsteigen, am 20. VII. 67 kg. Wir stellen uns also vor, dass das in seinem Chemismus gestörte Nervensystem durch den wieder normal gewordenen Stoffwechsel auf seine physiologische notwendige Ernährung gebracht wird und infolge dessen seine gesunde Thätigkeit wieder einstellt.

Wie daraus das gesunde psychische Verhalten resultiert, zeigt folgende Ausführung. Da Empfindung, Gefühl gewissermassen bloss das Nebenproduct einer Bewegung im Nervensystem sind, die durch einen äussern Reiz veranlasst, mit einer Muskelbewegung oder einem äquivalenten thermischen, trophischen oder sekretorischen Effekt endet, und da aus Empfindung und Gefühl, den fundamentalsten psychischen Vorgängen alle übrigen erst hervorgehen, so kann man das psychische Geschehen überhaupt als ein Nebenproduct der Bewegungen ansehen, in die das Nervensystem versetzt worden ist. (Arndt Lehrb. p. 34.) Wie allerdings dieses Nebenproduct, die Hauptsache, auf die es hier ankommt, entsteht, wird uns ein ewiges Rätsel bleiben. Da stehe ich, sagt Arndt, vollständig auf dem Standpunkt Du Bois-Reymonds und erkläre mit ihm: ignoramus, ignorabimus. Es genügt ja auch in unserm Falle vollkommen der Nachweis, dass die Vorbedingung für das gesunde psychische Verhalten ein physiologisch chemisch normales Nervensystem ist. Der Gesichtsausdruck des Kranken war im Stadium der Verworrenheit ein düster hinbrütender, die Hände fühlten sich feucht und kalt an. Alle diese Erscheinungen schwanden mit der zunehmenden Besserung der Ernährung. Während seiner Erregungszustände befand sich Patient in sog. Isolierzellen, abgeschlossen von den übrigen Kranken. Schneller als man oft glaubt beruhigen sich hier die Kranken, was auch verständlich ist, wenn man bedenkt, dass die Entladung der im psychischen Organ aufgehäuften Spannkräfte nur zum Wohl des Patienten erfolgt. Falsch daher wären

hier Zwangsmittel, die das Unbehagen nur fördern würden. So hat denn die Therapie, indem sie vor allem eine gute Ernährung durchsetzte, den Kranken, soweit es möglich war, im Freien sich ergehen liess, ein günstiges Resultat erzielt. Der im August erwartete Anfall blieb in seiner gewöhnlichen Stärke aus. Es bestand nur Sausen im Kopfe verbunden mit Schwindelanfall. Die

Prognose

werden wir daher dahin zu stellen haben, dass bei einem längeren Verweilen des Patienten in der Klinik auch die geringen Anzeichen eines Anfalles schwinden werden. Doch wird für das spätere Leben dem Patienten die grösste Schonung anzuempfehlen sein, wenn er nicht einer wiederholten Erkrankung ausgesetzt sein will. —

Ich erfülle hiermit die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Arndt, meinem hochverehrten Lehrer, für die gütige Überweisung dieses Falles meinem ehrerbietigen Dank auszusprechen.

Litteratur.

R. Arndt. Lehrbuch der Psychiatrie. Wien und Leipzig 1883.

R. Arndt. Die Neurasthenie. Wien und Leipzig 1885.

R. Arndt. Die Psychyatrie und das Medizinische Staatsexamen. Berlin 1880.

R. Arndt und A. Dohm. Der Verlauf der Psychosen.

Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. Wien 1893.

Lebenslauf.

Ich, Valentin Wiercinski, katholisch, wurde geboren am 18. Februar 1870 zu Putzig Kreis Putzig i. Westpr. als Sohn des Brauereibesitzers, jetzigen Privatiers, Karl Wiercinski und seiner Ehefrau Louise geb. Klotz. Den ersten Unterricht empfing ich im elterlichen Hause, besuchte sodann ein Jahr lang die erste Klasse der Bürgerschule meiner Heimatstadt und trat Ostern 1883 in die Quarta des Progymnasiums zu Peplin in Westpr. ein. Ostern 1887 bezog ich das Gymnasium zu Konitz in Westpr. und bestand dort Michaelis 1890 das Abiturientenexamen. Nachdem ich ein halbes Jahr lang Privatlehrer gewesen, begann ich Ostern 1891 das Studium der Medizin auf der Universität Leipzig, woselbst ich im Februar 1893 das tentamen physicum bestand. Am 5. August d. J. bestand ich hier das tentamen medicum und am 7. August d. J. das examen rigorosum. Während meiner Studien habe ich nachfolgende Universitäten und die Kliniken, Kurse und Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten besucht:

Leipzig:

Braune †. Hasse. His. Leuckart. Ludwig †. Pfeffer. Roscher †. Spalteholz. Widemann. Wislicenus. Wundt.

Würzburg:

Geigel. v. Rindfleisch. Schell. Schultze. Sommer.

München:

Angerer. Bauer. Bollinger. Grashey. Klaussner. Moritz. Posselt. Seydel. Tappeiner. v. Winkel. v. Ziemssen.

Strassburg:

Bayer. Freund. Freund jun. Laqueur. Madelung. Naunyr. v. Recklinghausen. Ulrich. Wolff.

Greifswald:

Arndt. Grawitz. Heidenhain. Helferich. Hoffmann. Löffler. Mosler. Peiper. Pernice. v. Preuschen. Schirmer. Schultz. Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigen Dank aus.

Thesen.

I.

Die Psychosen sind zum grössten Teil Inanitionspsychosen.

II.

Bei jeder Psychose ist die Irrenanstalt an und für sich als ein Heilmittel zu betrachten.

III.

Bei der Operation maligner Tumoren ist auf die Plastik keine Rücksicht zu nehmen.